



メディカルネットワーク

Medical Network

アップデート P2

—進化する医療制度—

新たな段階に入った 地域医療構想を理解する

高度急性期・急性期機能に着目した診療実績の
分析にもとづき424の公立・公的病院等に
具体的対応方針の再検証を要請

めざせ!!メディカルエグゼクティブ P6

クリティカルパスのより良い活用のために

Network

鹿児島医療圏 P8

「患者の社会復帰」を実現すべく
多職種によるIBDチームを結成。

東播磨医療圏 P12

脳卒中センターと消化器センターが
24時間体制で地域医療を支える。

長崎県 P16

長崎地域糖尿病療養指導士育成のため
『キャラバン隊セミナー』がスタート!

南河内医療圏 P20

アレルギー疾患医療拠点病院として
「患者教育」をキーワードに使命を果たす。

新たな段階に入った 地域医療構想を理解する

高度急性期・急性期機能に着目した診療実績の分析にもとづき
424の公立・公的病院等に具体的対応方針の再検証を要請

厚生労働省(以下、厚労省)は2019年9月26日、

地域医療構想の進捗状況を踏まえて、公立・公的病院等の「再編統合」に向けての
分析結果を『第24回地域医療構想に関するワーキンググループ』に提出しました。

その内容について、医療関係者や患者、国民の間で誤解や不安が生じ、
自治体関係者からは強い反発も出ています。

とはいえ、これから約1年間、各構想区域(2次医療圏)において、
医療機能の分化と連携についての議論が活発になるのは間違いありません。
そこで、今回の分析結果をどう理解し、生かせば良いのかをリポートします。

厚労省は、2019年5月16日に開催した『第21回地域医療構想に関するワーキンググループ』で、2018年度病床機能報告の結果(速報値)を報告しました。それによると、2018年の病床数は約124.6万床で、2025年の見込みは約121.8万床となっています(【資料1】)。

一方、政府レベルでは2025年の病床必要量について、内閣官房が2015年6月に推計した114.8~119.1万床(【資料2】)の範囲内との考え方を変えていません。

病床必要量の上限である「119.1万床」は、医療機関の予定である前述の約121.8万床とくらべて大きな差はありません。しかし、必要とされる病床機能が大きく異なる点に注目する必要があります。すなわち、2015年7月時点の病床を基準とすると、厚生労働白書に掲載されている内閣官房の推計では、高度急性期と急性期の病床は合計約3割縮減、回復期の病床は約3倍に拡充、慢性期の病床は約2割縮減したうえで、約300,000人の患者については介護施設への入所、在宅医療などで対応するとしています(【資料2】)。

しかし、医療機関の予定では、急性期病床が減少し、回復期病床は増加しているものの、各病床の比率は2015年7月と比較して大きく変わっていません。

地域医療構想で策定した 対応方針の再検討を促す

全都道府県が2016年度までに地域医療構想を策定しました。しかし、たとえば2025年に持つべき医療機能ごとの病床数など地域医療構想調整会議で合意した具体的対応方針ができて、その内容は現状維持にすぎないような構想区域もありました。

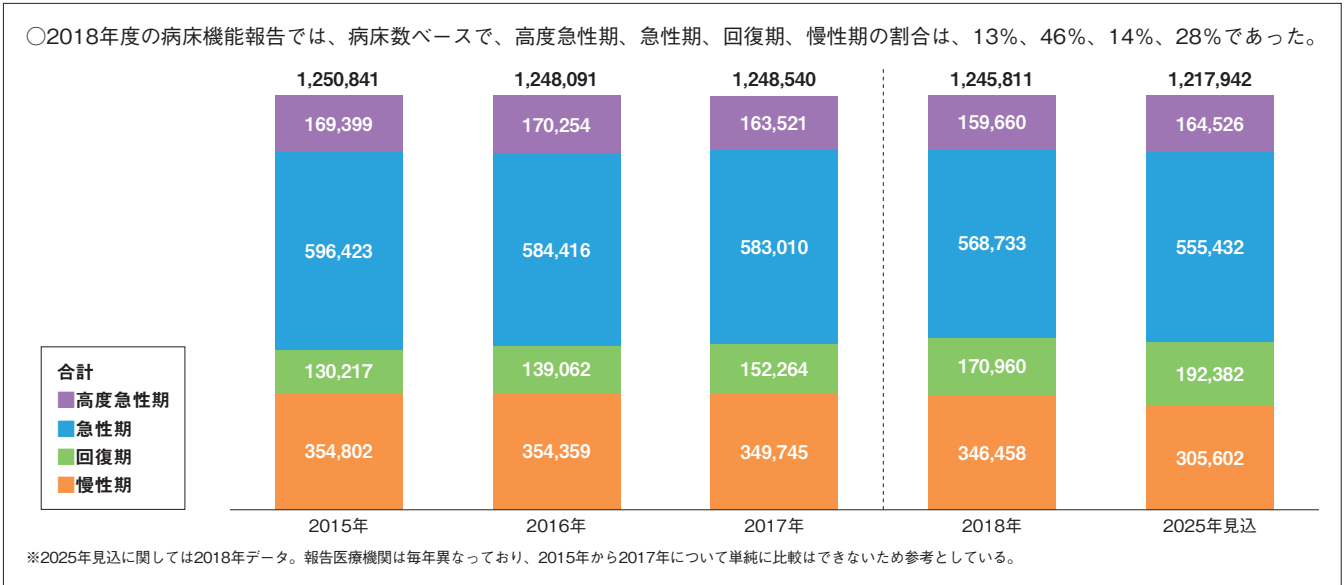
病床機能報告で現状と 2025年の予定を把握

地域医療構想は、医療法にもとづき、都道府県が構想区域単位で、①2025年の医療需要と病床の必要量、②めざすべき医療提供体制を実現するための施策——などについて策定するものです。都道府県は、診療に関する学識経験者の団体、医療関係者、保険者などで構成する地域医療構想調整会議を設置して医療機能の

分化・連携などについて協議することとなり、2015年度から地域医療構想の策定に着手しました。

その策定や進捗状況の評価において重要な役割を果たしているのが病床機能報告制度です。一般病床または療養病床を有する病院・有床診療所は、毎年7月1日時点での病床機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとの病床数と、2025年7月1日時点における病床の予定について都道府県に報告しています。

【資料1】病床機能ごとの病床数について(2018年度速報値)



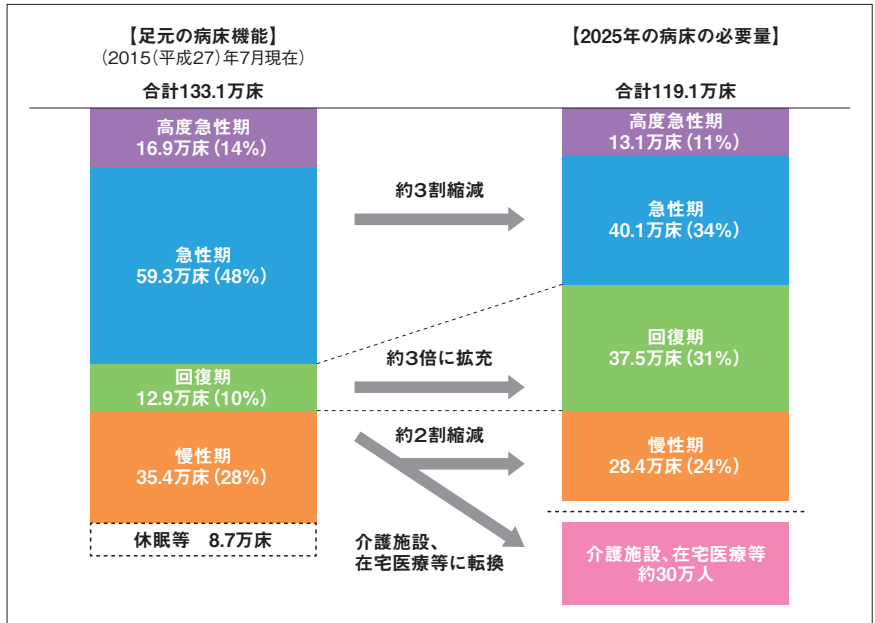
出典：厚生労働省「平成30年度(2018年度)病床機能報告の結果について」第21回地域医療構想に関するワーキンググループ資料4(2019年5月16日)より抜粋(<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000509330.pdf>)

そのような状況を踏まえ、政府は2017年6月に閣議決定した『経済財政運営と改革の基本方針2017』で地域医療構想調整会議での具体的議論を促進すべく、病床の役割分担を進めるためのデータを国から提供し、個別の病院名の洗い出しや転換する病床数などの具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する方針を打ち出していました。

さらに、2019年6月に閣議決定した『経済財政運営と改革の基本方針2019』(通称「骨太方針2019」)では、次のように記載しています。

「地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定

【資料2】地域医療構想による2025年の病床の必要量



出典：厚生労働省「平成30年版厚生労働白書(平成29年度厚生労働行政年次報告)―障害や病気など向き合い、全ての人が活躍できる社会に―」より抜粋(<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/18/dl/all.pdf>)

した上で原則として2019年度中に対
応方針の見直しを求める」――

**診療実績を分析する
2つの基準を示した**

政府は、地域医療構想調整会議に
おける具体的対応方針について、再

検証を求めています。それには客
観的なデータが必要です。そこで、
厚労省は2019年9月26日、『第24回
地域医療構想に関するワーキング
グループ』を開催し、具体的対応方針の
再検証を要請するひとつの根拠や材
料として、診療実績データ分析(以
下、分析)の方法と結果を提示しま

した。

分析の対象は、一般病床もしくは療養病床を持ち、かつ2017年の病床機能報告で「高度急性期」もしくは「急性期」病床を持つとされた4,549の医療機関です。うち公立・公的医療機関等は1,455で、その内訳は、公立病院が711、公的医療機関等病院が744（うち民間の地域医療支援病院が156）となっています。また、分析は構想区域単位で行います。

分析においては、A、Bの2つの基準を設けました。Aは主要な領域において診療実績が特に少ない、Bは主要な診療領域で診療実績が比較的少なく、かつ代替が可能な民間病院などが近くあって固有の役割が見られない、という基準です。抽出された公立・公的医療機関等病院に対しては、具体的対応方針の再検証を要請します（【資料3】）。実際には都道府県も含めて地域医療構想調整会議で検証、幅広く議論することになります。

A、Bの基準のポイントは次のとおりです。

A：対象の9領域（がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣機能）すべてで診療実績（シェア）が下位33.3%パ

ーセンタイル値になっていること

B：対象の6領域（がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期）すべてで、①構想区域内に一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、②お互いの所在地が近接していること

①については、各医療機関の6領域それぞれのシェアに関し、上位50%（累積占有率50%）以内に入っている医療機関を上位グループ、それ以外の医療機関を下位グループとします。下位グループは、診療実績が比較的少ないことも意味する「類似の実績」と評価されます。

一方、上位グループにおいて診療実績が最低の医療機関、下位グループにおいて診療実績が最高の医療機関を比較し、シェアの差が1.5倍以内である場合は、上位グループに入っても類似の実績とされます。

また、その1.5倍を基準として、上位グループと下位グループの間で診療実績に明らかに差がある場合を「集約型」、差が比較的小さい場合を「横並び型」と分類します。横並び型の場合は、類似の実績の範囲が拡大されているわけです（【資料4】）。

なお、②の「お互いの所在地が近接している」は、「自動車での移動

時間が20分以内の距離であること」と定義されています。

厚労省の分析結果に対し 不満を持つ病院や住民も

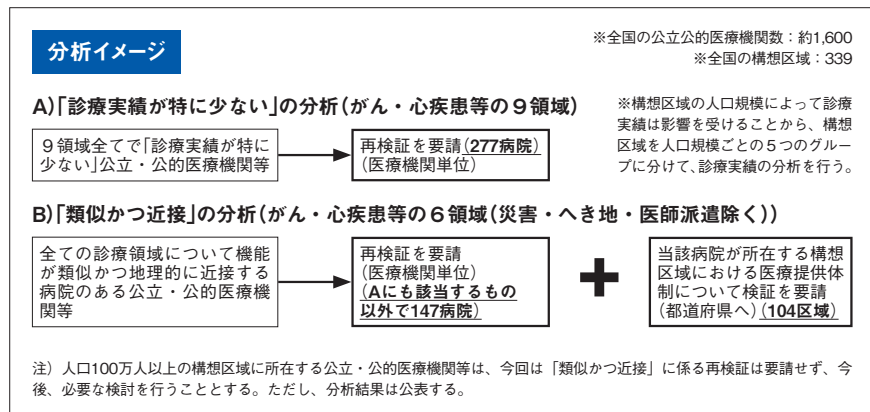
A、Bの基準を用いて公立・公的医療機関等病院の診療実績を分析すると、Aに該当するのが277、Bに該当するのが307、その両方に該当するのが160です（【資料5】）。したがって、424の病院に対して具体的対応方針の再検証を要請することになります。内訳は公立病院257、公的医療機関等病院が167（うち民間の地域医療支援病院が17）です。ダウンサイジングなどを含む再編統合をとまなわない場合は2019年度中に、ともなう場合は2020年9月までに対応方針を出すように厚労省は求めています。

公立病院を開設する自治体では、厚労省の分析に「機械的に病院名をリストアップしたもので地域の医療の実情を考慮していない」といった趣旨の強い反発が出ています。「たとえ客観的なデータであっても、名前を挙げられた病院は『風評被害』を受ける」との指摘もあります。

また、たとえば東京都では、10の公立・公的医療機関等が基準A・Bに該当するとして挙げられていますが、その中には有名な病院も含まれていました。今回の厚労省の分析はあくまでも相対的な評価であり、東京都のように近隣に大学病院や大規模病院が複数ある地域で地道に医療に取り組んでいる病院は、あまり評価されない可能性があります。

今回の事態を新聞などのメディアで初めて知った地域住民の間では、自分が通院している病院がなくなってしまうといった不安や誤解も見られます。一方で、民間の保険者は、

【資料3】診療実績データの分析イメージ



出典：厚生労働省「地域医療構想について(公立・公的医療機関等に対する具体的対応方針の再検証の要請等)」第69回社会保障審議会医療部会資料1-2(2019年10月21日)を一部変更(https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000558851.pdf)

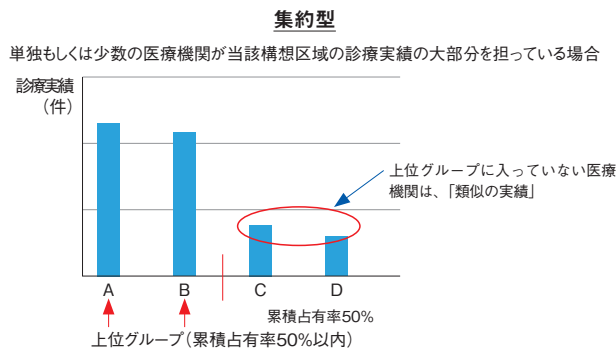
【資料4】「類似の実績」の考え方について

【構想区域の類型化の手順】

- ①診療実績が上位50%（累積占有率50%）以内に入っている医療機関を上位グループとする。
- ②上位グループの中で占有率が最低位の医療機関の実績と、下位グループのうち占有率が最高位である医療機関の実績とを比較し、上位グループと下位グループで明らかに差がある場合を「集約型」、一定の差がない場合を「横並び型」とする。

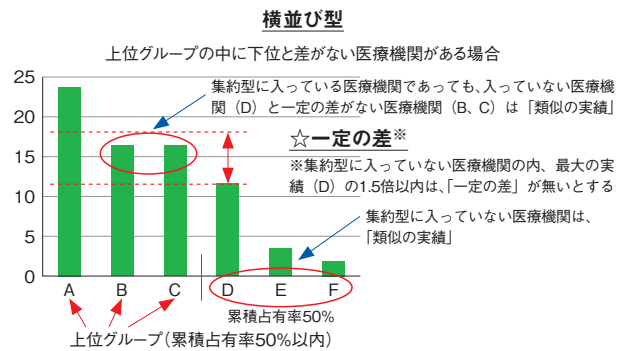
集約型における「類似の実績」の基本的考え方：

- ①実績上位グループに入っていない医療機関（C、D）については、「類似の実績」と考える。
- ②上位グループと下位グループで明らかな差がある。



横並び型における「類似の実績」の基本的考え方：

- ①上位グループに入っていない医療機関（D、E、F）については、「類似の実績」と考える。
- ②上位グループに入っている医療機関であっても、入っていない医療機関と「一定の差」がない医療機関（B、C）は「類似の実績」とする。
この場合の「一定の差」については、集約型に入っていない医療機関のうち、最大の実績（D）の1.5倍以内であるか否かによって判断する。



出典：厚生労働省「具体的対応方針の再検証の要請に係る診療実績の分析方法等について」第24回地域医療構想に関するワーキンググループ資料1(2019年9月26日)より抜粋(https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000551025.pdf)

今回の厚労省の一連の取り組みをおおむね支持している点も知っておく必要があるでしょう。

厚労省が自治体と意見交換会を開始

自治体や病院関係者からの不満を感んだ反応を踏まえ、厚労省は2019

年9月27日、『地域医療構想の実現に向けて』と題する文書を発表し、「地域医療構想調整会議の議論を活性化し議論を尽くして頂き、2025年のあるべき姿に向けて必要な医療機能の見直しを行っていただきたいと考えています」と説明しました。あわせて10月17日から、地方厚生局のブロック単位で、地域医療構想に関

する自治体などとの意見交換会を始めています。

また、厚労省は、『地域医療構想ワーキンググループ』の親会議に当たる『医療計画の見直し等に関する検討会』（第15回）、『社会保障審議会医療部会』（第69回）などへ、地域医療構想のこれまでの議論について報告しました。各々の委員や構成員からは、「『再編統合』という表現は誤解を与える。『ダウンサイジング』というのが適切」、「民間病院のデータも出したうえで検討する必要がある」といった趣旨の意見が出ました。

今後、厚労省が名前を挙げた424の病院が存在する構想区域では、議論が活発化するの間違いありません。各医療機関は、同省による今回の分析結果を冷静に受けとめ、自院の立ち位置を確認したり、「とも倒れ」を避けるための資料として活用したりするなど、経営に生かすことが期待されます。

【資料5】具体的対応方針の再検証の要請対象となる医療機関数

②具体的対応方針の再検証の要請対象となる医療機関数(下記のA/B該当別)

- A：対象となる全ての領域(がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能)で「診療実績が特に少ない」とされた医療機関
- B：対象となる全ての領域(がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期)で「類似かつ近接」とされた医療機関

公立・公的医療機関総数※							
再検証要請対象医療機関							
	再検証要請対象医療機関	Aに該当			Bに該当		
		Aに該当するがBには該当しない	AにもBにも該当する		Bに該当するがAに該当しない	BにもAにも該当する(再掲)	
1,455	424	277	117	160	307	147	160

※1 一般病床もしくは療養病床を持つ医療機関であって、平成29年病床機能報告において「高度急性期」もしくは「急性期」病床を持つ公立公的医療機関等の総数。
 ※2 平成29年度病床機能報告データに基づく

出典：厚生労働省「具体的対応方針の再検証の要請対象について」第24回地域医療構想に関するワーキンググループ追加配布資料2(2019年9月26日)を一部変更(https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000552165.pdf)

めざせ!!


メディカルエグゼクティブ

監修：愛知医科大学内科学講座肝胆膵内科学准教授(特任) 角田 圭雄

第7回

クリティカルパスのより良い活用のために

CASE



内科で指導医を務めるA先生は、部下の若手医師が、「クリティカルパスを導入している患者は、やる事が決まっていて安心だ」と話しているのを耳にして違和感を覚えました。そして「確かにクリティカルパスは、多職種連携による業務の質や効率の向上に寄与できる。しかし、若手医師がパス導入患者の診療をルーティンワークのようにとらえてしまうと、医師としての成長が阻害され、診療スキルが上達しないのではないかと心配になりました。A先生は、パスを有効に活用しつつ、若手医師の成長を促していくには、どうすれば良いのかと考え始めました。

常にバリエーションの発生に留意を

「クリティカルパス」(以下、パス)は、もともとは製造業の業務を効率化・標準化し、作業工程を分析・管理する手法として開発されました。その語源をたどると、「プロジェクトの全工程を最短時間で完了するための作業経路」を意味する言葉であることがわかります。

しかし、同じ「パス」を用いるにも、製造業と医療を比較すると、製造業が一定の均質性が担保された「モノ」や「製品」を対象とするのに対し、医療はきわめて多様性に富んだ「患者」すなわち「ヒト」を対象としている点が圧倒的に異なります。したがって、医療現場でパスを運用するにあたっては、患者一人ひとりの多様性を見きわめて、パスで掲げた目標どおりのアウトカムが得られない患者の例(バリエーション)に常に留意し、分析し

ながら対応することが重要です。パスのとおりにはケアを進めることが、パス導入の目的ではない点を意識しなければなりません。

目先の課題だけにとらわれる罠

前述した医療におけるパスの意義を踏まえると、A先生の部下の若手医師のように「医師は、パスに沿ってルーティンワークのように仕事を進めれば良い」ととらえることは、「パスの役割を理解してパスを使う」のではなく、「ただパスにしたがっているだけで、パスに使われている」状態と言えます。こうした「いかにパスのとおりにはケアを進めるのか」という目先の課題を効率的にクリアする点のみにとらわれ、「個々の患者をどうケアしていくのか」、「バリエーションが発生したらどうすべきか」といった中長期的な戦略を立案できない状況に陥ることを、ノーベル経済学賞を受賞したハーバード・サイモンは「計画

の「グレンシャムの法則」として提唱しました。

医師が、診療をパスに沿ったルーティンワークと見なしてしまえば、若手医師の成長を阻害し、やがては、医師の存在そのものを埋没させる「コモディティ化」(⇒STUDY②)につながってしまうのではないのでしょうか。

多職種協働でパスを育てる

パス運用上の注意点を踏まえつつ、パスをうまく活用するには、多職種協働での取り組みが不可欠です。まず、パスを最初に立ち上げる際、多職種が集まってパスをつくり込むことで、各職種の専門的な視点から見た多面的な意見が得られ、見落としの少ないパスをつくれます。さらにパスが正しく機能しているのかを多職種で検討し、問題があったら報告するプロセスを設けることで、パスの精度を向上させられます。

多職種の指摘やバリエーションをしっかりと評価してパスの改善に反映していくとともに、一人ひとり違う患者に対し、もっとも適切な医療の提供を考えることこそ、医師の務めだと言えるでしょう。

NEXT STEP

A先生は、若手医師に対し、パスを有効に活用してケアを進めるとともに、バリエーションが生じた患者には、特に注意を払うように指示しました。加えて、バリエーション事例を多職種で検討し、パスの内容を見直すカンファレンスを定期的で開催するようにしました。

結果、若手医師は、パスが目標としているアウトカムに達しない患者に着目するようになりました。そして、患者の状態を正しく判断することと、パスをより良く活用すべく、バリエーションに対する注意を多職種に働きかけることも意識するようになっていきました。

STUDY①

クリティカルパスの特徴

- 治療目標をあらかじめ設定することにより、達成に向けて最適な治療が行える
- 医療ケアが標準化される
- 医療内容の比較ができるようになる
- チーム医療の向上につながる
- 在院日数が短縮し、病床の効率的運用が可能になる
- ミスが減るといったリスクマネジメント上の効果が期待できる
- インフォームド・コンセントの際、患者に治療の方向性を示しやすくなる
- 運用にあたり、発生したバリエーションを分析して、クリティカルパスの内容を改定するPDCAサイクルをまわす必要がある

STUDY②

コモディティ化

「コモディティ化」とは、機能や品質の差がなくなり、商品価値が汎用化されること。「誰がやっても同じ結果」や「どこの会社がつくった製品でも性能が変わらない」状況であり、差異をもたらすのは価格のみとなる。医師においては、たとえば、パスにしたがって診療を進めるだけであれば、「必ずしも医師でなくてもできる仕事」と見なされ、医師の存在自体がコモディティ化に陥る懸念がある。

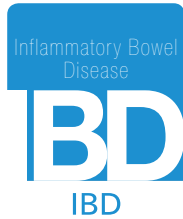
人材のコモディティ化によってAIに代替される仕事

なくなる仕事	増える仕事
タクシー運転手	オペレーター
大学教授	小学校教員
医師	看護師、臨床心理士
会計士	ソフトウェア開発者
パイロット	CA

RECOMMENDED BOOK

- 『僕は君たちに武器を配りたい』
著：瀧本哲史／発行：講談社
- 『MBA的医療経営』
著：角田圭雄／発行：幻冬舎

取材日：2019年8月27日



「患者の社会復帰」を実現すべく 多職種によるIBDチームを結成。

Point of View

- ① 患者の社会復帰を大きな目標に掲げて多職種によるIBDチームを結成、1年間に及ぶ講義を実施
- ② 地域のかかりつけ医をIBDチームの一員と見なす病診連携のかたちを発想する
- ③ 患者の通院負担軽減などを目的に、地域のかかりつけ医にIBDに関する勉強会を開催

公益財団法人慈愛会いづろ今村病院
副院長／内科主任部長／消化器内科

大井 秀久先生

公益財団法人慈愛会いづろ今村病院
看護部
病棟看護師／IBDチームリーダー

中村 久恵氏

公益財団法人慈愛会いづろ今村病院
栄養管理科
管理栄養士

中菌 智美氏

公益財団法人慈愛会いづろ今村病院
看護部
総合内科／化学療法室看護師／点滴室

飯山 ひふみ氏

公益財団法人慈愛会いづろ今村病院
薬剤部
薬剤師

東屋敷 史織氏

患者の社会復帰の支援にも 多職種連携は必須

炎症性腸疾患（IBD）は、若年で発症する確率が高く、日常生活はもちろん、進学や就職、結婚など、患者個々のライフイベントにも応じたきめ細かい治療が求められるがゆえに、チーム医療が欠かせない。

そんな中、鹿児島県内の全域から広くIBD患者が集まる、いづろ今村病院では、特に「患者さんの社会復帰」を大きな目標に掲げて結成された、多職種から成るIBDチーム（以下、チーム）が活躍している。

チームを立ち上げた、副院長で内科主任部長を務める大井先生が、県内のIBD患者の傾向について話す。

「鹿児島県では、就労している患者さんが比較的少ないのです。ひとつ例を挙げるなら、福岡県とくらべると、就労しているのは2／3程度にすぎません」（大井先生）

実は、こうした社会的背景こそがチームをつくるきっかけとなったそう。

「私は30年以上、IBD治療にたずさ

わってきましたが、初期から診ていた患者さんがだんだんと高齢化し、就労していない患者さんにおいては親御さんが亡くなり、経済的に困窮するケースが少なからず出始めています。

たとえIBDを患っていても、20代ならば就労できるチャンスもあるでしょうが、50代になってからは難



左から大井先生、中村氏、中菌氏、飯山氏、東屋敷氏

しい。IBD患者には、できるだけ早期の社会復帰が望まれます。

患者さんの社会復帰に向けて自立を助けるにも、医師だけでなく多職種連携が必須。そこで『患者さんの社会復帰』を最大の目標に、チームを結成することにしたのです」(大井先生)

チームの結成には覚悟が必要 1年間にわたって講義を実施

同院でチーム(【資料1】)が結成されたのは、2015年の夏ごろ。「メンバーは当初、医師、看護師、栄養士、診療放射線技師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、医師事務作業補助者で、後に臨床心理士とリハビリテーションスタッフが加わりました」(大井先生)

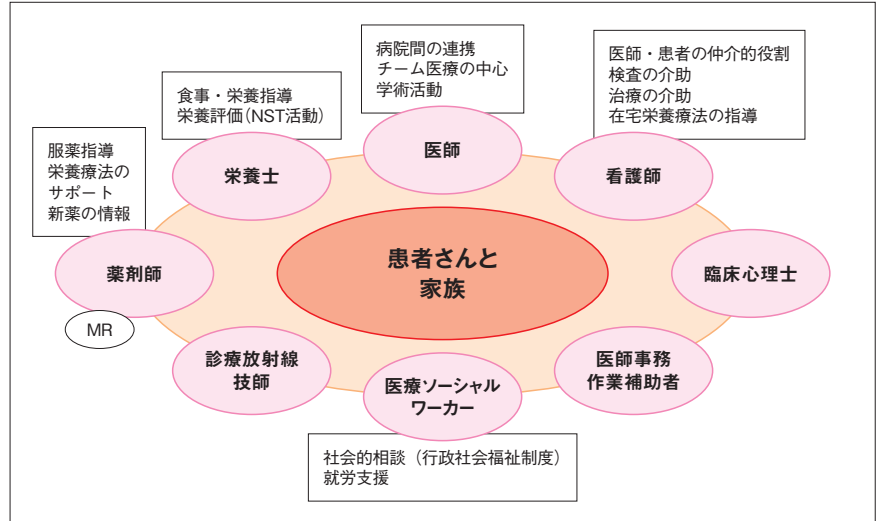
治療に加え、日常生活における不安(【資料2】)の解消など、さまざまな面から患者を支えるIBD治療にチーム医療が有効なのは前述したとおり。しかし、チームをつくったけれども、活動が頓挫してしまう例も少なくないそうだ。

「学ばなければならない内容が広範囲に及ぶIBDの多職種チームを運営するには、そうとうな覚悟が必要です。でなければ、チームが機能しなくなる事態になりかねません。

当院では、チーム結成から最初の1年間は、ひたすら勉強でした。私が講師を務め、およそ600枚にも及

【資料1】

IBD治療におけるチーム医療と各職種の役割



出典：大井先生提供資料

ぶスライドをつくって講義を繰り返して、メンバーにIBDに関する基礎知識を修得してもらいました」(大井先生)

多職種のメンバー各々が 丁寧に患者に寄り添う

現在、チームに所属しているメンバーは医師を含めて20名ほど。各々が、どのような役割を果たしているのかを聞いた。

チームリーダーを務める病棟看護師の中村氏が話す。

「病棟看護師は、患者さんと接する時間が、もっとも長い立場にあります。患者さんのさまざまな思いを聞き、チーム内の他の職種と情報を共有するほか、患者さんがこの先どんな治療を受けるのかうまく理解していないときには、医師に治療方針を確認して患者さんへお伝えし、不安解消に尽くします。

入院中はもちろん、退院後の生活も見据えて患者さんを支援するよう心がけています」(中村氏)

管理栄養士の中藪氏は、外来と病棟の双方で患者にかかわる。

「外来では、カルテを見たり、看護師の皆さんから情報を得たうえで、患者さんと普段の食事をどうすべきかをともに考えます。

入院中に絶食していた患者さんが食事を再開する際には、時間経過に応じてどのように食事の内容が変わっていくのかを説明。そして、退院後には、どんな食事にすべきかなどを、ご家族も交えて話し合います」(中藪氏)

外来看護師の飯山氏は、何より患者に寄り添う姿勢を大切にしていると言う。

「多くのIBDの患者さんは長期にわたって病気と向き合わなければならないので、外来では治療を継続できるように患者さんを“応援”することが看護師の重要な仕事です。そのために、患者さんが何を大切にしているのか、何に悩んでいるのか、



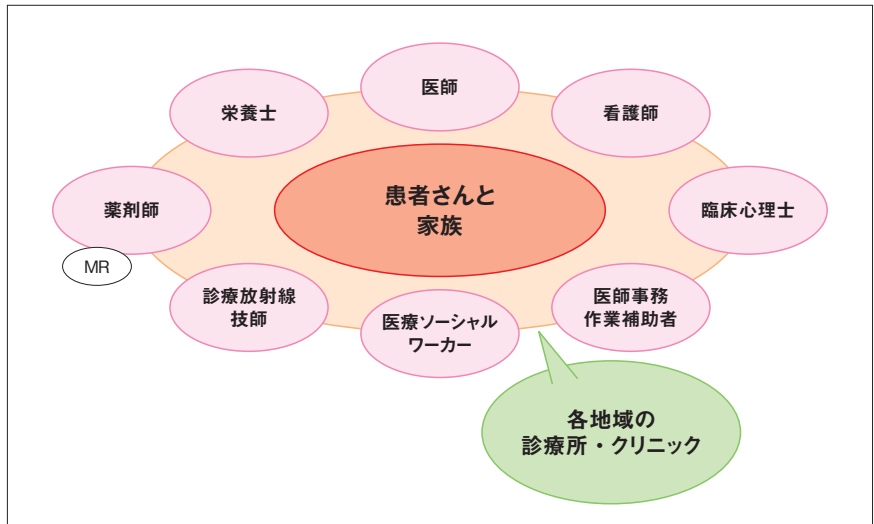
かなどを話しやすくする雰囲気づくりに努めています」(飯山氏)

薬剤師4年目の東屋敷氏は、チームに加わってまだ1ヵ月ほどだが、早くも職能を生かした役目を担う。「患者さんの入院時に持参薬を確認すると、すでに服用されているはずの薬剤が大量に余っている場合があります。そんなときには患者さんと直接お会いし、なぜ薬が余ってしまったのかをお聞きして対応策を考えます。

また新薬が次々登場する中、薬剤の変更が必要な患者さんには、理由を丁寧に説明して変更が滞りなく進むようにしています」(東屋敷氏)

【資料3】

IBD治療における病診連携のあり方



出典：大井先生提供資料

かかりつけ医にもチームの一員に加わってもらう発想

近年、IBD患者は増加の一途をたどり、いづろ今村病院でも患者が増え続け、十分な治療ができない状況になりつつある。事態の打開にはかかりつけ医への逆紹介が考えられるが、現状ではあまり進んでいない。「疾患の難しさから、かかりつけの先生方が、IBD患者の治療を引き受

けるのに難色を示されるケースが少なくありません。ですから、今後は病診連携を強力に推し進める方針です」(大井先生)

ただ、県内各地の診療所で、IBD治療の要となる多職種によるチーム医療を行うのは無理な話。そこで大井先生は、大きく発想を転換する。「人材不足など医療資源が限られた中で病診連携を行うにはどうすべき

かを追求した結果、従来型の連携ではなく、チームの輪の中に診療所に加わってもらう連携を発想しました(【資料3】)」(大井先生)

つまりは、かかりつけ医に、チームのメンバーになってもらおうというわけだ。

「かかりつけの先生方は、チームの一員としてできること、たとえば、採血をして検査データを出したり、点滴治療をするなど、ご自分のできる範囲の部分をご負担いただければかまいません。診療所でできないところは、当院で引き受けます」(大井先生)

医療資源不足や逆紹介の推進に悩むIBD治療関係者にとって、画期的なアイデアと言えよう。

遠方の患者のためにもかかりつけ医への勉強会を

チームのメンバーになってもらうかかりつけ医には、「できる範囲のことにかまわない」との前提を示したものの、いづろ今村病院から離れ

【資料2】

IBD患者の抱える不安

日常生活

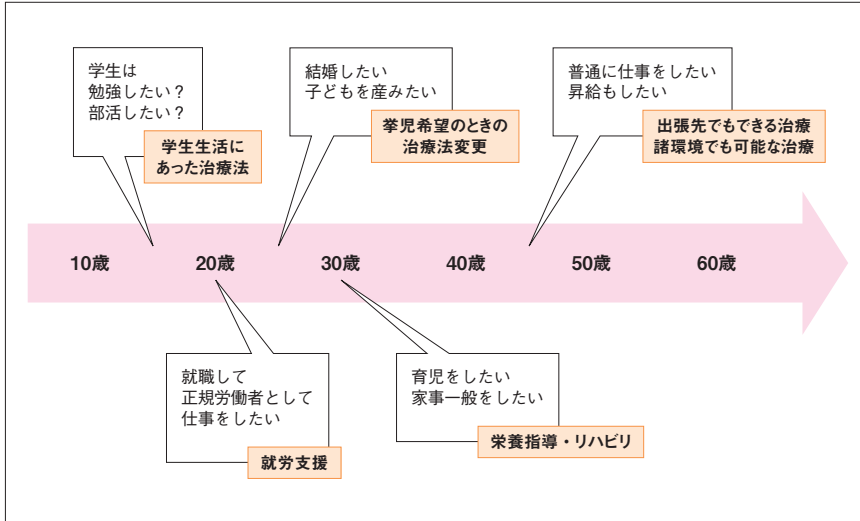
恋愛／結婚／妊娠／出産	食事(外食)
人間関係(付き合い)	学校・就職(就業)

- 体調不良で仕事／学業／生活に支障
- トイレが心配
- 熟睡できない
- 保険に加入できない
- トイレへの不安から自由な外出や十分な睡眠が妨げられている

出典：大井先生提供資料

【資料4】

年齢によって変化する患者の希望



出典：大井先生提供資料

た場所に住む患者が同院に毎回、通院するのは厳しい。そうなれば、かかりつけ医の協力を仰がざるをえない。そこで、大井先生は、かかりつけ医に「できる範囲を広げてもらおう」とIBDの勉強会の開催に乗り出している。

「たとえば、新しい薬剤の処方を開始する場合、投与量を少しずつ増やして有害事象が生じないかを観察していく必要がありますが、それを当院だけで担うのは無理なケースもあります」（大井先生）

仮に患者が、同院のある鹿児島市中心部から鹿児島湾を挟んだ対岸の大隅半島にある鹿屋市在住だとしたら、同じ県内といえども移動に片道2時間半以上もかかってしまう。薬剤を増量するたびに来院してもらうのは、患者の負担が大きすぎる。かかりつけ医が、勉強会を通して経過観察と薬剤の用量調節ができるようになれば、その負担を軽減することが可能になる。

「かかりつけの先生方を対象にした勉強会は、現時点までに鹿屋市で一

度、開催しており、これからも各所で実施する予定です」（大井先生）

患者の10年後の未来を見据えてチーム力を結集

チームのメンバーたちは、「患者さんの社会復帰」の目標のもと、この先、どのようなことをしようと考えているのだろうか。

中村氏は、リーダーらしくチームの将来について述べてくれた。「チームがあるからこそ、患者さんの将来を支援できる。たとえメンバーが入れ替わっても、常に安定したレベルでのチームが継続される仕組みをつくっていきたいですね」（中村氏）

中藺氏は、院外に視線を向ける。「そもそも、IBDにチームで取り組んでいる医療機関が少なく、栄養士の集まる勉強会でもIBDをテーマにしたものは、ほとんどありません。当院だけががんばっても限界がありますので、一緒に支えていける栄養士を増やしていけたらと考えていま

す」（中藺氏）

飯山氏は、引き続き治療継続の支援に尽力したいと話す。

「早期の社会復帰には、当然ですが治療の継続が絶対で、それには患者さんだけでなく、ご家族のフォローも大切。そこまでの配慮ができる看護師をめざします」（飯山氏）

東屋敷氏は、チームへの貢献を語ってくれた。

「チームの一員となって以来、メンバーの熱量に感動しており、私自身もほかのメンバーから必要とされるよう、しっかり研鑽を積んでいきます」（東屋敷氏）

頼もしいチームのメンバーの言葉を受け、大井先生の言葉にも力がこもる。

「患者さんは、年齢によって『進学したい』、『就職したい』、『子どもがほしい』などの希望があり、それに応じて治療内容も変える必要があります（【資料4】）。そのためには『今から10年後、この患者さんはどうしているか』を常に見据える目を持たなければなりません。

繰り返しになりますが、そうした患者さんの未来をも視野に入れた治療は到底、医師だけではできず、チームの力が求められます。今後もメンバー皆の知見を結集し、患者さんに対してベストの治療を提供していきます」（大井先生）

患者の社会復帰をひとつの大きな目標に、患者の10年後の姿を思い描きながら、大井先生が率いるチームの挑戦は続く。

公益財団法人慈愛会
いづろ今村病院

〒892-0824
鹿児島県鹿児島市堀江町17-1
TEL：099-226-2600

取材日：2019年9月12日



脳卒中センターと消化器センターが 24時間体制で地域医療を支える。

Point of View

- ① 脳卒中センターは救急部と連携し、消化器センターはオンコール体制を敷いて24時間365日患者を受け入れる
- ② 充実したチーム医療体制により、脳卒中センターと消化器センターの専門医は治療の核心部分のみに専念できる
- ③ 薬剤師が、ガイドラインに合わない患者がいる可能性を意識して、少数派の患者にも適切な治療が行われるように尽力する

医療法人社団順心会順心病院
理事長／脳神経外科

栗原 英治先生

医療法人社団順心会順心病院
院長／脳神経外科

武田 直也先生

医療法人社団順心会順心病院
副院長／消化器センター長

橋本 可成先生

医療法人社団順心会順心病院
薬剤課長

奥野 識先生

2つのセンターで 地域医療に貢献

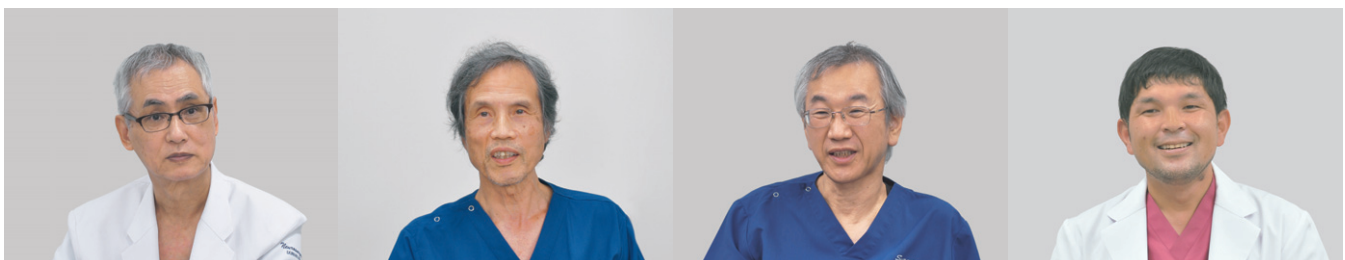
兵庫県加古川市の順心病院は、脳卒中センターと消化器センターの2大センターで「24時間365日、断らない医療」を展開し、地域医療に多大な貢献をしている。

理事長で脳神経外科医の栗原先生が、現在の体制が構築されるまでを解説してくれた。「当院は、2010年から脳卒中センターを有し、脳神経外科治療では我が国有数の実績を誇っていたのですが（【資料1】）、2012年、現在地に新築移転した際に、消化器センターも設

立。以来、2大センターの医療体制になりました」（栗原先生）

院長で、脳卒中センターをけん引する武田先生が、両センターの現状について話す。

「当院のある加古川市、隣接する高砂市と、その周辺を合わせた人口約380,000人の地域で発生した脳卒中



左から栗原先生、武田先生、橋本先生、奥野先生

【資料1】

脳卒中センターの主な実績(各年度)

が疑われる患者さんの大半は、脳卒中センターのある当院に搬送されてきます。

また、脳神経外科疾患の治療で知られる当院ではありますが、7年の時を経て、消化器センターも確実に地域に浸透してきており、現在では消化器疾患の患者さんも、相当数に上ります」(武田先生)

救急部と密接に連携し
断らない医療を実現

同院の2大センターに患者が集まるのは、地域の患者や診療所から信頼されている証。信頼を勝ち得たいちばんの理由は、冒頭でも触れた24時間365日断らない医療の提供であろう。では、それらは、どのようにして実現されているのか。

まずは、脳卒中センターについて栗原先生が説明する。

「脳卒中センターでは、4名の救急専門医が所属する救急部と密接に連携しているがゆえに、断らない医療を実現できていると言えます。

たとえば、日中に脳卒中の患者さんが運び込まれた場合には、救急部の医師が診断まで行ってくれます。その結果、脳卒中センターの医師の負担はずいぶん軽減され、患者さんがつづけて搬送された場合にも、余裕を持って対処できるのです」(栗原先生)

こうしたことを可能にしているのは、救急部の医師の持つ脳卒中に関する知見の豊富さだ。

「当院の救急部の医師は、脳卒中の患者さんをたくさん診ています。ですから自然と脳卒中治療の知識が蓄積され、『この症例はt-PA静注療法(以下、t-PA)適応ではないか』、『血栓回収療法が必要だろう』と治療法の目途までもつけられるようになって

脳外科疾患治療

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
脳梗塞	505	737	738	760	934	945	923	919	928	955
一過性脳虚血発作及び関連症候群	187	438	644	601	689	724	829	716	734	662
頭蓋内損傷	191	375	485	418	459	500	513	463	472	425
脳内出血	120	171	197	185	214	192	208	174	207	225
その他の脳血管疾患	83	117	112	96	171	146	165	159	150	105
てんかん	84	105	133	121	145	188	199	226	200	257
脳血管疾患の続発・後遺症	40	75	112	79	110	80	69	80	61	15
くも膜下出血	32	65	68	59	76	72	75	53	48	46
脳実質動脈の閉塞及び狭窄、脳梗塞にいたらなかったもの	36	39	33	50	63	64	59	39	36	42
水頭症	21	19	27	46	50	25	36	39	32	30

t-PA療法

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
患者数	17	40	37	65	84	45	47	41	48	64

脳血管内手術

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
脳血管内手術	9	15	10	17	23	11	18	18	9	22
経皮的頸動脈ステント留置術	0	7	9	24	7	21	20	13	14	12
選択的脳血栓・血栓溶解術(頭蓋内脳血管)	2	0	0	3	2	3	2	0	1	1
経皮的脳血栓回収術	0	0	0	0	0	14	23	11	18	24
経皮的脳血管形成術	1	0	0	2	4	0	5	9	2	3

出典：順心病院ウェブサイト

たのだと思います」(栗原先生)

栗原先生は、「自然と」と言ったが、救急部の医師たちが積極的に勉強した成果であるのは、想像に難くない。

多職種によるチームの活躍が
迅速な治療を支える

武田先生は、脳卒中センターで断らない医療を実現できているもうひとつの理由として、多職種で構成されるチームの存在を挙げる。

「1分1秒を争う疾患ですから、チームが迅速に機能しなければ良いアウトカムも得られませんし、次々と運び込まれる患者さんの治療もできないでしょう」(武田先生)

実際に、チームがどのような働きをしているのかを、武田先生が、治

療フローに合わせて説明してくれた([資料2])。

「現在、脳梗塞の治療で適用されるケースが増えているt-PAは、特に時間との勝負が厳しい治療法で、発症後4時間半までに投与しなければなりません。そこで、スムーズな治療のために、さまざまな作業をチームが連携して行っています。

既往歴や手術歴、服薬情報のご家族への確認といった治療に欠かせない情報の収集は、看護師や医事課の事務スタッフが担当します。その間に、CTやMRIなどの画像検査を放射線部が並行して進めます。さらに検査結果が出てt-PA適応となれば薬剤師がt-PAの投与量を確認して準備し、脳神経外科医の治療に備えます」(武田先生)

このようなチーム医療の強化に一

役買っているのが、合同カンファレンスだという。「毎週火・金曜の午前中に、脳神経外科、内科、麻酔科、消化器外科の各科の医師、看護師、薬剤師、リハビリテーションスタッフ、地域連携室のスタッフが集まって合同カンファレンスを開催し、全入院患者の症例検討を行います」(武田先生)

オンコールで駆けつけると すでに治療の準備は万全

消化器センターでの断らない医療について話すのは、2012年の設立時から消化器センター長を務める橋本先生である。

「消化器センターが救急で扱うほとんどは、吐血や下血のような出血症状です。これらに関しては、日中は内視鏡の担当医とメディカルスタッフが常駐して対応します。彼らが不在となる夜間休日などの時間外ではオンコールで私が緊急処置を行います」(橋本先生)

橋本先生の負荷は大きそうだが、消化器センターでもチーム医療が徹底されており、橋本先生は大いに助けられている。

「私に呼び出しがかかるのと同時にセンター内では、内視鏡治療の支援ができる看護師や検査室のメディカルスタッフなどが連携し、レントゲンやCTなどの画像検査や、ほかに必要な検査を行います。したがって私が病院に到着したころには、すでに準備が万全で、速やかに治療に入れるのです」(橋本先生)

播磨地区全体から 炎症性腸疾患患者が来院

消化器センターが果たしている重要な機能は、緊急対応を迫られる疾

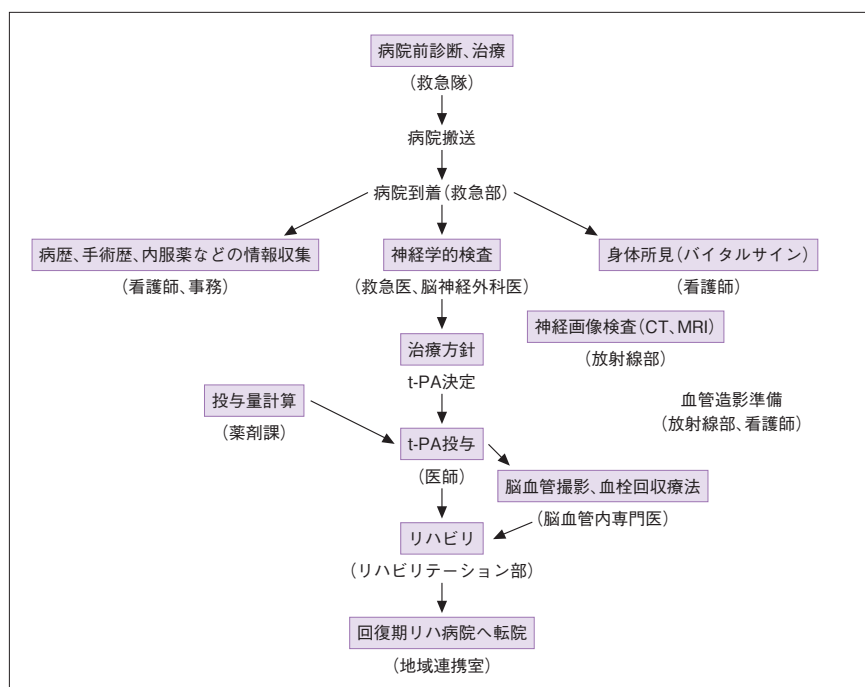
患の治療以外にも、さまざまある。中でも特筆すべきは、炎症性腸疾患(IBD)の治療(【資料3】)。IBDに対しては、播磨地区全体の基幹病院の役割を担う。「現在、IBDでは、特に生物学的製剤の抗TNF- α 製剤による外来化学療法に注力しています。

また、当院周辺では、肛門疾患に入院対応できる病院は当院しかありません。

そこで、IBDや肛門疾患に関しては、周辺地域の病院や診療所だけでなく、姫路市や明石市、さらに北播磨地区からも多くの患者さんが紹介されてきます」(橋本先生)

【資料2】

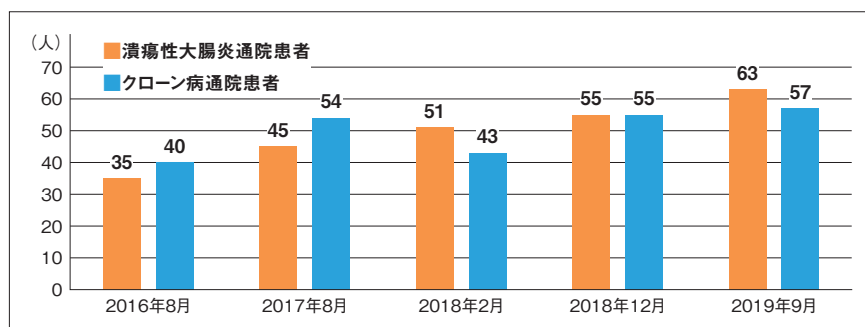
脳卒中センターにおけるチーム医療の例



出典：武田先生提供資料

【資料3】

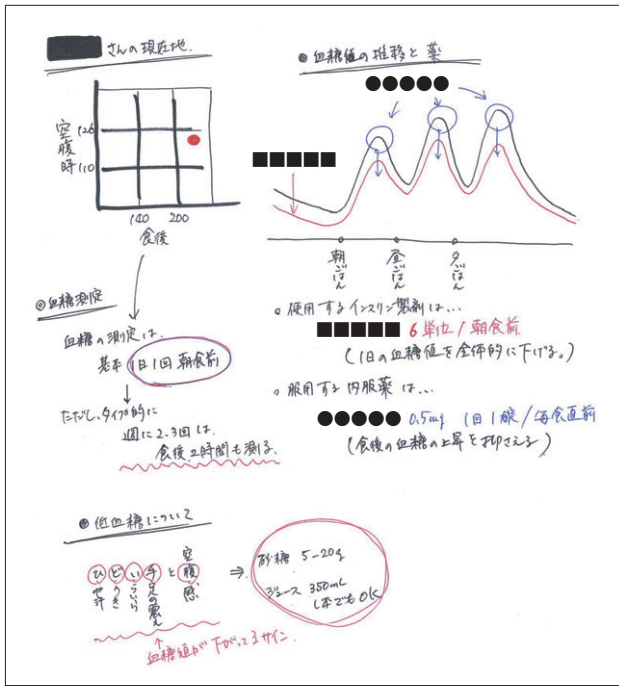
消化器センターにおけるIBD診療実績の推移



出典：橋本先生提供資料

【資料4】

薬剤師が服薬指導で使用した手書きの説明



出典：奥野先生提供資料

ガイドラインからはずれる可能性も意識して対応

2つのセンターを支えるのは多職種によるチームだが、「中でも薬剤師の存在は欠かせない」とは、前出の先生方の共通する意見だ。

薬剤課長の奥野先生が言う。「当院はチーム医療が徹底しているので、薬剤師が活躍できる範囲も広く、強いやり甲斐を感じています」(奥野先生)

薬剤師の能力を存分に発揮できる環境の中、より存在感を高めようと奥野先生は課内の薬剤師たちの向上心アップに力を注ぐ。

「医師やほかの職種から問い合わせがあったときは、的確な回答ができるよう準備を怠ってはならないと話をしています。きちんとした回答ができなければ、次回からは頼られなくなってしまう。逆に相手を満足さ

せられれば『頼りになる』と思ってもらえる。問い合わせは、薬剤師の存在感を高める絶好のチャンスです」(奥野先生)

奥野先生は、「頼られる薬剤師」をめざすにあたって、エビデンス偏重の傾向に警鐘を鳴らしつつ、次のようにも語る。「昨今は、若手を中心に『ガイドラインにしたがっていけば問題ない』との考えが広がってい

ます。もちろん、ガイドラインのエビデンスは有効ですが、たとえば、9割の患者さんはガイドラインに合致していても、残りの1割の患者さんは合わないかもしれない。

そのような可能性を常に意識しながら患者さんに接し、必要があれば医師に処方の変更の提案をすることが大切です」(奥野先生)

患者一人ひとりに丁寧に対応することを旨とする奥野先生は、服薬指導でもひと工夫をしている。

「たとえば、なぜ、服薬するタイミングが食直前なのか、服薬によりどんな効果が期待できるのかななどを、手描きのイラストやグラフなどを用いながら患者さんに説明するようにしています」(【資料4】)。こうした説明により、患者さんの服薬に対する意識が明らかに高まります」(奥野先生)

薬剤師たちが積み重ねる地道な努

力も、順心病院の医療水準を着実に高めている。

さらなる進化に向けて
さまざまな構想が動き出す

最後に、各先生方に今後の展望を尋ねた。

「脳卒中センター内には現在、脳動静脈奇形に有用なサイバーナイフ治療を行うサイバーナイフセンターが存在しますが、同様に、より高度な血栓回収療法を行う『脳血管内治療センター』を独立させたいと考えています」(武田先生)

「IBDや肛門疾患の治療数の伸びにかんがみ、消化器センターから、その機能を切り出して新たに『大腸肛門病センター』をつくってはどうかと構想しているところです」(橋本先生)

「当院の薬剤課では、先に述べたような薬剤師の役割についての共通認識ができつつあると感じています。これからは、順心会グループの他の薬剤課にも、当院薬剤課のポリシーが伝播するような活動ができればと思っています」(奥野先生)

「今後、脳神経外科では、脳脊髄疾患の治療を強化したいと考えています。そのために、現在9名いる脳神経外科医の増員を図り、脳脊髄疾患でも24時間365日対応ができる体制を整える予定です」(栗原先生)

ごく近い将来、再び順心病院を訪れたならば、さらに進化した同院の姿を見られるに違いない。

医療法人社団順心会
順心病院

〒675-0122
兵庫県加古川市別府町別府865-1
TEL：079-437-3555

取材日：2019年9月17日



長崎地域糖尿病療養指導士育成のため『キャラバン隊セミナー』がスタート！

Point of View

- ① 長崎県独自の長崎地域糖尿病療養指導士 (LCDE-Nagasaki) 認定制度を創設
- ② LCDE養成のための『基礎講座』や『スキルアップセミナー』をウェブで配信
- ③ LCDE取得を推進すべく地域へ出張しての『キャラバン隊セミナー』もスタートさせる

地方独立行政法人
佐世保市総合医療センター
糖尿病・内分泌内科診療科長
山崎 浩則先生

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
先進予防医学共同専攻
内分泌・代謝内科学分野准教授
阿比留 教生先生

医療法人喜多内科医院
院長
喜多 篤志先生

日本赤十字社長崎原爆病院
内分泌・代謝内科部長
藤田 成裕先生

長崎大学病院
生活習慣病予防診療部
副部長(講師)
鎌田 昭江先生

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
離島・へき地医療学講座
(離島医療研究所)助教
野中 文陽先生

意欲ある誰もが取得できる LCDE-Nagasakiを創設

長崎県では2018年、長崎地域糖尿病療養指導士準備委員会が、地域糖尿病療養指導士養成のため、独自の長崎地域糖尿病療養指導士認定委員会(以下、委員会)による認定制度(LCDE-Nagasaki)を創設。さらに、地域での療養指導の質の向上と、その輪を広げるべく、2019年から地域に出張しての『キャラバン隊セミナー』をスタートさせたという。

長崎大学大学院准教授で委員会の会長を務める阿比留先生に、まず、LCDE-Nagasaki(以下、LCDE)創設の経緯を聞いた。

「2001年から、日本糖尿病療養指導

士(CDEJ)の資格認定が始まりました。しかし、CDEJは糖尿病専門医が在籍する医療機関の限られた職種のみ取得できないため、離島など多い長崎県では、糖尿病専門医の不足により、たとえメディカルスタッフが希望してもCDEJを取れない状況が続いていました。

このままでは増加の一途をたどる糖尿病患者が、専門医の診療はもちろん、適切な療養指導さえ受けられないままであり、これは大きな問題と考え、独自のLCDEを創設することにしました」(阿比留先生)

同県のLCDEの独自性は、その受験資格にある。受験できる職種はかなり幅広く(【資料1】)、所属施設



左から山崎先生、阿比留先生、喜多先生、藤田先生、鎌田先生、野中先生

にかかわらず、医療、保健、介護の業務に2年以上従事していれば、受験資格を持てる。つまり受験資格の門戸を広げ、意欲がある人ならば、どんどん糖尿病の療養指導ができる人材として地域で活躍してもらおうというわけだ。そして、この委員会のねらいは、見事的中した。「2018年に初めてのLCDE認定試験を実施し、78名の1期生が誕生しました。2期の試験では67名を認定。対馬から10名など、離島の方々も取得しています（【資料2】）」（阿比留先生）

日本赤十字社長崎原爆病院内分泌・代謝内科部長で委員会の副会長を務める藤田先生は、LCDE認定者の職種を見て想像以上の反応の良さに驚きを隠さない。「保険薬局の薬剤師や歯科医院の歯科衛生士などの多さには驚きました（【資料3】）。CDEJが取れない職種の方のLCDEに対する確かなニーズを感じましたね」（藤田先生）

それぞれの地区で異なる LCDEを取り巻く現状

離島が多いうえ、本土も南北に長い長崎県では、当然ながら、地区によってLCDEを取り巻く状況は異なってくる。

佐世保市総合医療センター糖尿病・内分泌内科診療科長の山崎先生は県北地区の事情に詳しい。

【資料1】

LCDE-Nagasakiの受験資格

以下のすべての項目を満たしていることが必要

- ▼糖尿病の療養指導に意欲のある者で、以下のさまざまな職種の方
看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、薬剤師、保健師、助産師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、健康運動指導士、歯科衛生士、介護スタッフ、社会福祉士、介護福祉士、臨床心理士、医師、歯科医師のいずれかの資格を持つ者、または行政の担当員
- ▼施設に関係なく医療・保健・介護の業務に2年以上従事している

出典：LCDE-Nagasakiウェブサイト

「専門医不足の県北ではLCDEの養成は急務ですが、増やそうにも、資格そのものの認知度が、まだ低いのが現状です。

なんとかメディカルスタッフを優先的に対象としてアナウンスを強化したいと思っています。メディカルスタッフ向けの定期的な勉強会が動いていますので、そこを活用することになりますが、県北は広いので、局所のアナウンスにとどまらないようにしないといけないと思っています」（山崎先生）

島原地区は離島ではないが、長崎市内から約50km離れた半島で、へき地に近い。喜多内科医院院長の喜多先生は、この地区で数少ない糖尿病専門医のひとりだ。

「島原地区でも、専門医の数は少なく、CDEJを取得している人は数名。LCDEは、少しずつ増えているもの

の、まだ少ない状況です。

ただ、島原地区では、地元医師会や行政がLCDEの取得推進に協力的で、存在をアナウンスしやすい環境にあります。したがって、今後は、LCDEのアピールと、取得に向けた学習の場の提供に力を注いでいきたいと思っています」（喜多先生）

長崎市からおよそ100km離れた離島で構成される五島地区は、糖尿病診療においても、都市部との地域格差が特に大きい。長崎大学大学院離島医療研究所助教の野中先生は、そんな五島市の中核病院である長崎県五島中央病院に2018年から常駐している。

「現在、五島地区で糖尿病専門医は私ひとりです。そこで私は、糖尿病のチーム医療を広めるために、有志による『糖尿病回診チーム in 五島』と称するチームを結成し、病院でスタッフ教育をするかわり、講演活動などを行っています。

チーム医療が円滑に行われるにはLCDEの養成が有効なのは言わずもがなですが、他の地区同様、周知の状況がまだまだ。LCDEを広める活動を積極的に行っており、今年五島地区から13名のスタッフがLCDE取得をめざしています」（野中先生）



各地へ赴いての出張セミナー『キャラバン隊セミナー』発進

LCDEの周知や、取得のための学習の場が求められている現状を踏まえ、委員会がスタートさせたのが、キャラバン隊セミナー（【資料4、5】）だ。

委員会では、LCDEの養成を目的に『基礎講座』や『スキルアップセミナー』をウェブで配信してきた。それらは、さまざまな地域で勤務する人にとって利用しやすいが、ウェブを介したセミナーだけでは、互いの顔が見えないので、LCDEの訴求力に欠け、高い学習効果も期待できないのではないかと意見が多々あったという。

「それらの問題解決に向け、意見交換を重ねた末、委員会のメンバーが地域へ出ていくしかないとの結論に達し、キャラバン隊セミナーが誕生したのです。

そして、第1回セミナーを長崎県五島中央病院で、第2回セミナーを壱岐にある壱岐の島ホールで開催しました」（阿比留先生）

教科書的な内容ではなくより実践に役立つセミナー

キャラバン隊セミナーの特徴は、教科書的な内容ではなく、より実践に役立つことを重視している点である。阿比留先生が、具体例を挙げて解説してくれた。

【資料4】

キャラバン隊セミナーのチラシ

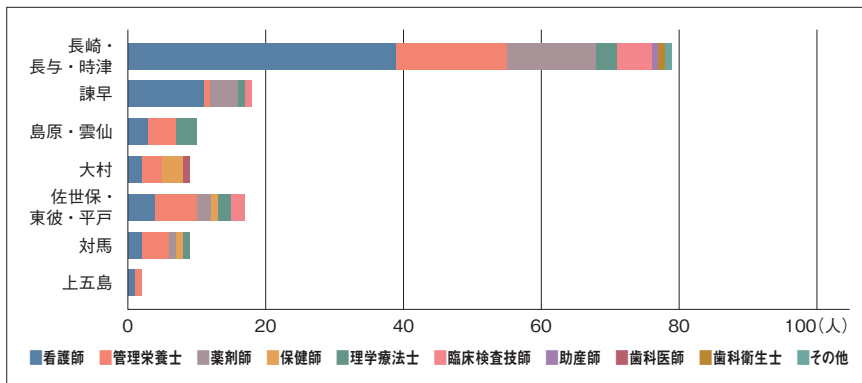
日時	2019年6月30日(日) 9:00~15:30		
場所	五島中央病院 2階会議室		
会費	2000円 (会員の方には、単位票(3単位)を発行いたします。)		
タイトル	内容	時間	講師
総論	糖尿病とはなんだ?	9:00-9:30	藤田成裕
薬物療法指導	これぞわかった糖尿病薬!	9:30-10:10	野中文陽
食事療法指導	食事療法を極める	10:20-11:00	塩電由紀子
運動療法指導	明日から始める運動療法!	11:00-11:40	阿比留敬生
昼食休憩(11:40-12:30)			
日常生活指導	低血糖・シックデイ・フットケア	12:30-13:10	富永玲子
手技/実技	やってみよう注射・血糖測定!	13:10-14:00	山下理恵 森 明子
コーチング	患者さんの心をつかむ3つのポイント	14:00-15:15	鎌田昭江
事務連絡	LCDE-Nagasakiからのお知らせ	15:15-15:30	村川 香

主催：長崎地域糖尿病療養指導士認定委員会
共催：長崎県糖尿病対策推進委員会

出典：阿比留先生提供資料

【資料2】

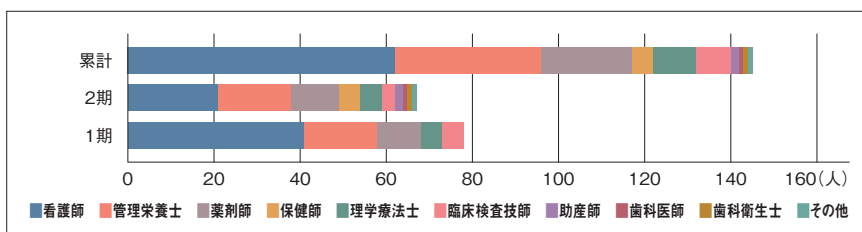
LCDE-Nagasaki認定者の地域分布(1期+2期)



出典：LCDE-Nagasakiウェブサイト

【資料3】

LCDE-Nagasaki認定者の職種別人数



出典：LCDE-Nagasakiウェブサイト

「たとえば、『総論：糖尿病とはなんだ?』では、定義や数値などに関する説明はほとんどしません。『患者さんが初めて糖尿病だと言われたらどう感じるか』、『医療者は患者さんにどう伝えたらいいか』といった実践的な話がメインです。

『運動療法指導』でも、どれくらいの脈拍数で運動すべきかというより、『どうしたら運動療法をやる気にさせられるか』が講義の中心になります」（阿比留先生）

長崎大学病院生活習慣病予防診療部副部長の鎌田先生は、阿比留先生の話にうなずきつつ、第1回のセミナーで「コーチング：患者さんの心をつかむ3つのポイント」の講師を務めたときのことを振り返る。

「コーチングは対話法の勉強ですので、実際に参加者が患者さん役と指導者役になり、ロールプレイをしてもらいました。こうしたロールプレイを行った経験がある人は少なく、最初は戸惑いも見られましたが、慣

れてくるにつれ対話が盛り上がっていくのを実感できたのではないでしょうか」(鎌田先生)

第2回のセミナーで「総論」を担当した山崎先生も、翌日から実施できる具体的な話をするよう心がけたと語る。

「糖尿病の患者さんに療養方法を伝える重要性はわかっているけど、どのように説明すればいいのかわからないと感じているメディカルスタッフが多いようです。そこで、患者さんと経験を積んだ医療者の間で交わされる会話をお手本として提示しながら、患者さんの心を動かせるアプローチ方法について、わかりやすく説きました」(山崎先生)

2回開催された各回のキャラバン隊セミナーには20名ほどが参加、終了後のアンケートでは8割5分が「たいへん満足」、1割強が「満足」と高い満足度を示した。今後は、島原と対馬での開催も決まっている。

LCDE取得者を増やして 長崎の糖尿病医療を変える!

LCDE認定制度やキャラバン隊セミナーは、始まったばかり。各先生に、今後に向けた取り組みや期待を

【資料5】

キャラバン隊セミナーの様子



出典：鎌田先生提供資料

語ってもらった。

「薬剤によって一度は血糖値が改善しても、生活習慣が改善されないとまた、すぐに悪化します。悪化して紹介されてくる患者さんを診るたびに、チーム医療や患者さんとの対話に興味を持ち、LCDEの重要性を理解する非専門医がひとりでも増えてほしいと願わずにはいられません。」

LCDEを取得して生き生きと活動するメディカルスタッフを増やすことで、医師の意識改革を促せればと思っています」(鎌田先生)

「離島でもLCDEの基礎講座やキャラバン隊セミナーなどを受講できるようになったので、メディカルスタッフにLCDEの取得をすすめてくれる医師を増やしていきたいですね」(野中先生)

「LCDEがある程度増えてきたら、各地区でLCDEが中心になり、地区の状況に合った糖尿病診療に関する企画を立て、医療・福祉従事者が一丸となって活動するようになってくれば理想的です」(喜多先生)

「LCDEの認知度が上がり、かかりつけの先生方や保険薬局の薬剤師、保健師、介護士といった職種が糖尿病についての知識を持って治療や療養指導を行うようになったなら、私たち専門医とより効率的に連携した糖尿病診療が可能になるでしょう」(藤田先生)

「たとえば、『インスリン注射療法は用量調節や低血糖指導などに慣れてないので遠慮したい』とおっしゃる地域の先生方も中にはいます。そこで、もし、その診療所の看護師が勉強してLCDEを取得して、インスリン指導ができるようになれば、先生方も安心してインスリン注射療法を推進してくださるのではないのでしょうか。どの地域でもあることですが、地域全体の糖尿病診療の底上げ

のためにもLCDEは貢献すると思います」(山崎先生)

阿比留先生からは、主として広く長崎県全土の読者にメッセージをいただいた。

「キャラバン隊は、離島に限らず、参加者が10名程度以上集まれる地域や職場であれば、どこにでも出張してセミナーを開きます。」

ニーズのあるところを意欲的に巡回する方針ですから、ぜひ声をかけてください！」(阿比留先生)

LCDE認定制度やキャラバン隊セミナーによって、長崎県の糖尿病医療は大きく変わっていきそうだ。

地方独立行政法人 佐世保市総合医療センター

〒857-8511
長崎県佐世保市平瀬町9-3
TEL：0956-24-1515

長崎大学病院

〒852-8501
長崎県長崎市坂本1-7-1
TEL：095-819-7200

医療法人喜多内科医院

〒855-0802
長崎県島原市弁天町2-7389-1
TEL：0957-62-5101

日本赤十字社長崎原爆病院

〒852-8511
長崎県長崎市茂里町3-15
TEL：095-847-1511

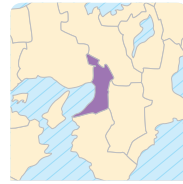
長崎大学大学院離島医療研究所

〒853-0031
長崎県五島市吉久木町205
長崎県五島中央病院内
TEL：0959-74-2673

取材日：2019年9月27～28日



アレルギー



南河内医療圏

アレルギー疾患医療拠点病院として「患者教育」をキーワードに使命を果たす。

Point of View

- ① 大阪府アレルギー疾患医療拠点病院として、小児から成人までの重症・難治性アレルギー疾患の患者を診療
- ② 『アトピー・アレルギーセンター』では、アレルギー内科、小児科、耳鼻咽喉科、皮膚科、眼科が連携しつつ、多職種チームで専門的治療にあたる
- ③ 治療効果を高めるために、多職種による『アトピーカレッジ』などの充実した患者教育を実施

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター
副院長

田中 敏郎先生

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター
アトピー・アレルギーセンター長/
皮膚科主任部長

片岡 葉子先生

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター
アレルギー内科主任部長

源 誠二郎先生

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター
小児科主任部長

亀田 誠先生

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター
耳鼻咽喉科主任部長

川島 佳代子先生

長年の貢献と実績が評価され アレルギー疾患医療拠点病院に

大阪府羽曳野市にある大阪はびきの医療センターは、2018年に大阪府で4病院のみ大阪府アレルギー疾患医療拠点病院（以下、拠点病院）に指定され、以降、地域での存在感がますます増している。

副院長の田中先生が、拠点病院に指定された理由を話す。

「ひとつには、当院が、アレルギー疾患を重点的に診療する基幹病院として長きにわたり大阪府の政策医療の中核を担ってきたからでしょう」（田中先生）

同院が、大阪府の広い地域の小児から成人までの重症・難治性アレル

ギー疾患の治療に貢献してきた実績が評価されたのだろう。ところで、「ひとつに」と言うからには、別の理由もあるはず。

「2011年、病院のセンター化構想の一環として誕生した『アトピー・アレルギーセンター』の目覚ましい活躍も、大きな理由になったと思います」（田中先生）

各診療科と多職種が連携する アトピー・アレルギーセンター

アトピー・アレルギーセンターを立ち上げたのは、皮膚科主任部長で同センター長も務める片岡先生。「アトピー・アレルギーセンターが開設された背景にはアトピー性皮膚炎患者の急増があります。以前から



左から田中先生、片岡先生、源先生、亀田先生、川島先生

患者数は多かったのですが、保険適用になったばかりのバイオマーカーを使いながらの治療と患者教育を組み合わせた結果、それまで治らなかった重症患者が寛解やそれに近い状態にまで改善するようになり、患者数が一挙に増えた。そこで、アトピー性皮膚炎診療の先駆的な取り組みをしていることを明確にしたセンターをつくってはどうかとの機運が高まっていったのです」(片岡先生)

同センターの命名にまつわる片岡先生の話は実に興味深い。

「アトピー性皮膚炎をアトピーと略して呼ぶため当初、『アトピーセンター』という名称が提案されましたが、それには抵抗があり、アトピー・アレルギーセンターとしました。

赤ちゃんのアトピー性皮膚炎は、喘息、食物アレルギー、アレルギー性鼻炎などアトピー素因がかかわるアレルギー疾患の源流に位置し、そこに介入することで後のアレルギー疾患の進行を防げるといった医学的ストーリーがあったからです」(片岡先生)

アトピー・アレルギーセンターでは、アレルギー内科、小児科、耳鼻咽喉科、皮膚科、眼科が連携しつつさらには各科の医師や、看護師、薬剤師、栄養士、臨床心理士などの多職種によるアレルギーチームが、患者と向き合う。月に1回は、各科のアレルギーチームが一堂に会してのカンファレンスが開催され、各診療

科間やスタッフ同士の連携の強化が図られているようだ。

各診療科が疾患ごとに柔軟に連携する体制

同院の各診療科におけるアレルギー疾患診療の特色を尋ねると、特色はもちろん、いかに各科が密に連携しているのかが見えてきた。

アレルギー内科主任部長の源先生が同科について話す。

「さまざまなアレルギー疾患を担当しますが、診療の中心は喘息で、現在、地域の病院、診療所をリードできる診療体制を構築している最中です」(源先生)

源先生率いるアレルギー内科との連携を語るのは、耳鼻咽喉科主任部長の川島先生だ。

「耳鼻咽喉科が主に診ているのは、アレルギー性鼻炎と好酸球性副鼻腔炎です。アレルギー性鼻炎は症状が安定せず、これまではなかなか治療の効果が現れなかったのですが、舌下免疫療法の登場により根治が望めるようになりました。一方の好酸球性副鼻腔炎は、2000年代に入って増加してきた疾患で、難治性で再発しやすく、症状をコントロールするには手術が必須です。

どちらの疾患も、喘息と密接な関係があり、アレルギー内科を受診している患者さんを当科でも診るケースが多々あるため、合同カンファ

レンスを行って治療にあたることも珍しくありません」(川島先生)

「重症の喘息では、好酸球性副鼻腔炎を合併しやすいのですが、耳鼻咽喉科で副鼻腔炎の治療をしてもらうと、喘息のコントロールも

安定することが多いので助かっています」(源先生)

小児科主任部長の亀田先生も、各科の連携を同院ならではの特長だと明言する。

「もともと当科は、子どもの喘息を中心に診ていたので、今でもコントロールが難しい患者さんが多数紹介されてきます。また、近年、増えているのが食物アレルギーです。

子どもの場合、たいてい複数のアレルギー疾患を持っていますが、当院ならば、皮膚科、耳鼻咽喉科などがそろっている所以他院に行かずに済みます。大阪府の拠点病院に指定されている4病院の中でも、子どものアレルギー疾患をすべて診られる体制が整っているのは当院の特長です。たとえば、アトピー性皮膚炎のお子さんが皮膚科で治療を受けて、一定の効果が得られたら小児科で食物アレルギーの治療を施すといった連携が、日常的に行われています」(亀田先生)

2週間の教育入院プログラム『アトピーカレッジ』を実施

片岡先生が、アレルギー疾患の治療で、特に重要だと強調するのが患者教育である。

「まず患者さんに、治療へのモチベーションを持ってもらうべく、なぜアレルギー症状が出るのかを説明して理解してもらうこと。次に、薬がしっかり効くよう、アトピー性皮膚炎ならステロイドなどの外用薬の塗り方を修得してもらうこと。これらができ、初めて十分な治療の効果が期待できます」(片岡先生)

忙しい日々の診療の中でも、片岡先生は患者教育を怠らない。皮膚科では、外用薬を処方すると、薬を体のどの部分に塗るべきなのか、人体



図に色を塗りながら丁寧に指導を行う（【資料1】）。

しかし、診療時間内だけでは十分な教育は不可能。そこで、教育入院などの集団教育を行っている。「皮膚科では、成人のアトピー性皮膚炎患者を対象に2週間の教育入院プログラム『アトピーカレッジ』を実施しています（【資料2】、【資料3】）。入院中に、医師や看護師が外用薬を塗って寛解させるのが目標ですが、退院前の1週間は、患者さんに塗ってもらいながら正しい塗り方を指導します。薬では良くならないと思い込んでいた患者さんが、塗り

方次第で症状が改善する体験をし、治療への姿勢がガラッと変わることもしばしばです」（片岡先生）

医師、看護師、薬剤師、栄養士、臨床心理士が講義や指導を担当し、アトピー性皮膚炎のコントロールに必要な知識を教育するアトピーカレッジは2009年から始まり、累計の参加者は約1,600名にも上るといふ。

「患者教育」はどの診療科でも重要なキーワード

「患者教育」は、皮膚科以外の診療科でも重要なキーワードになっている。

アレルギー内科では、喘息患者に対する吸入薬の使用法の指導を徹底して行う。

「紹介で来院する喘息の患者さんについて、吸入薬がきちんと肺まで吸入できているかチェックしてみると、ほぼ半数ができていません。ですから、吸入薬の吸入指導は徹底して行うようにしています」（源先生）

患者を飽きさせない指導に工夫が必要なのは小児科ならだろう。「人形などの模型やイラストを用い、子どもの

患者さんにもわかりやすい疾患や薬の使い方の説明を心がけています」（亀田先生）

川島先生は、最初の患者教育が、患者の治療継続に大いに影響を及ぼすと実感している。

「アレルギー性鼻炎の舌下免疫療法は、抗原を体内に入れて抗体をつくっていく治療方法で、根気よく3～5年、続けなければなりません。しかも最初のうちは、副作用が出る場合もあるため、あらかじめ、どの時期にどんな副作用が出る可能性があるのか、ひどい副作用が出た場合の対処方法などについて教育をしておかないと治療からの脱落につながります。当院では、1年後も脱落せずに治療を継続している患者さんがほとんど。まさに、患者教育の賜物です」（川島先生）

地域の医療レベル向上のためのさまざまな院外連携を展開

拠点病院としての同院には、地域全体、大阪府全体の医療レベルを向上させる大事な使命もある。同院はさまざまなかたちでの院外連携を通じて、求められる役割を果たす。

かかりつけ医向けのワークショップを開催しているのは片岡先生だ。「重症のアトピー性皮膚炎における当科の外用療法の基本は、ここ10年ほどで普及したプロアクティブ療法です。当院の治療で寛解し、安定した患者さんをかかりつけの先生方に逆紹介したいのですが、同療法を知らなければ引き受けていただけません。そこで、地域の先生方を対象に同療法のワークショップをスタートさせました」（片岡先生）

川島先生も、かかりつけ医向けの勉強会の開催に意欲的だ。「当院で舌下免疫療法を受ける患者

【資料1】

外用薬の塗り方指導に使用する人体図

薬のぬりかた < 月 日から > ID 341013 様			
場所	まえ	うしろ	
薬	A教育		
場所	かお	て	あし
薬			

方法	<input type="checkbox"/> 全体に <input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 続ける <input type="checkbox"/> 変える <input type="checkbox"/> 減らす <input type="checkbox"/> 止める
----	---

※ぬる量のめやすは、人差し指の第一関節の長さの横→手のひら2枚分の大きさの範囲に塗ってください。
 ※すりこみます。うすくのはずすように、塗ってください。

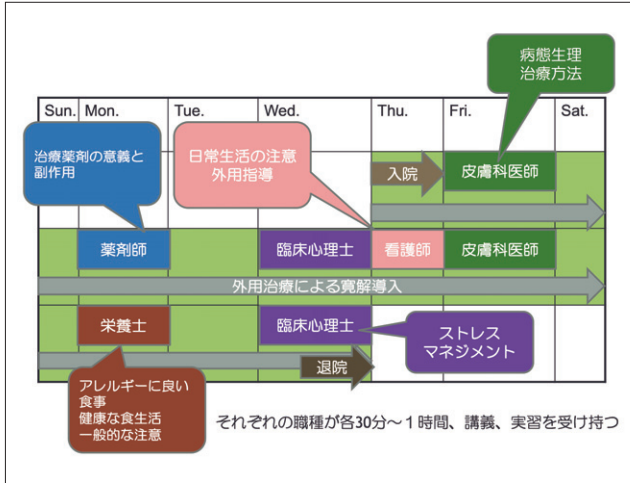
※入浴後に塗っていただと効果的です。
 ※塗り薬は、薬物の濃度と塗り回数と塗り方、自己判断でやめると症状が悪化する場合があります。症状が悪化した場合は受診の上ご相談下さい。

大阪はびきの医療センター

出典：片岡先生提供資料

【資料2】

アトピーカレッジのプログラム



出典：片岡先生提供資料

【資料3】

アトピーカレッジの様子



出典：片岡先生提供資料

数は全国有数です。導入は当院で行いますが、先ほど申し上げたとおり治療は長期にわたるので、導入後は患者さんのお住まいに近い、かかりつけの先生に逆紹介して処方継続をお願いしたいのです。しかし、皮膚科のプロアクティブ療法と似た状況で、同療法を知らないとの理由で断られることも多くある。なんとかしなければと、かかりつけの先生方に呼びかけ、舌下免疫療法の勉強会を始めました」(川島先生)

源先生は、かかりつけ医のための喘息の勉強会のほかに、薬局と連携した講習会の開催も手がける。「喘息治療の吸入薬の正しい吸入指導ができる薬剤師の育成を目的に、薬局と連携して吸入指導の講習会を開いています」(源先生)

亀田先生は院外で、各疾患の研究會などを結成している。「最近の取り組み例を挙げれば、喘息にかかわる有志が集う研究会『南大阪小児アレルギー・カンファレンス(SOPAC)』を立ち上げ、喘息で入院する子どもの減少を目標に掲げて活動をしています」(亀田先生)

アレルギー疾患医療をリードする拠点病院として

アレルギー疾患の患者数が増加の一途をたどっている中、同院の今後には耳目が集まる。各先生に思うところを話してもらった。「拠点病院としての役割は、診療以外にも、情報提供、人材育成、研究など多方面にわたります。

病院の内外で、アレルギーについて専門的な知識を持つ医師やメディカルスタッフを育てるとともに、患者さんのQOLを高めるオリジナルの研究も展開していきたいですね」(田中先生)

「超高齢社会を迎え、患者さんの高齢化が進んでいます。今後は、吸入が困難になっていく高齢者のサポートのため、訪問看護師にも吸入指導の輪を広げていくつもりです」(源先生)

「舌下免疫療法の勉強会開催により、アレルギー性鼻炎患者の逆紹介を受けてくれる診療所は増えてきましたが、まだ患者数の増加に追いついていません。

かかりつけの先生方への普及活動を、より強く推し進めていきます」(川島先生)

「地域はもちろん、日本中のすべてのアレルギー疾患の子どもたちが適切な医療を受けられるようにするのが究極の目標です。当院でできる医療を、どこかの医療機関でもできるようにするための情報発信に尽力します」(亀田先生)

「近年、成人の食物アレルギー患者の増加が著しいのですが、治療に本腰を入れる施設が少なく、治療法も確立されていません。当院が率先して、できるだけ早く治療の道筋をつけ、患者さんを救っていかねばと思っています」(片岡先生)

先生方の話からは、アレルギー疾患医療をリードする拠点病院に籍を置く者としての覚悟が感じられた。

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター

〒583-8588
大阪府羽曳野市はびきの3-7-1
TEL：072-957-2121

Medical View Pointは田辺三菱製薬が運営する
医師・薬剤師など医療関係者を対象としたWEBサイトです。



田辺三菱製薬

Medical View Point

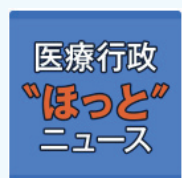
診療サポート情報

▶ 「Medical Network」記事、先行配信のご案内



次号に掲載の「アップデート—進化する医療制度—」、「めざせ!!メディカルエグゼクティブ」をweb版で先行配信します。

▶ 医療行政



医療行政“ほっと”ニュース

医療行政や医療関連制度に関する動向を、コンパクトにまとめてお伝えします。

No.25 一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」の検討結果報告

No.24 2020年度診療報酬改定の方向性が明らかに

No.23 厚生労働省は2021年度からの「新たなデータヘルス改革」を公表

薬剤師サポート情報

▶ 変革期の病院薬剤部門の「困った」に使えるマネジメントの基礎知識



成長する組織づくりと人材マネジメント

CASE6

地域全体のチーム力の向上と薬剤師力の発揮

地域を含めたチーム医療の中で薬剤師力をどう発揮する？

CASE5

病院経営層との意思疎通と薬剤師業務の「見える化」

薬剤師の存在意義を病院経営層にどう見せる？

▶ 「Pharma Scope」記事、先行配信のご案内



次号に掲載の「View」、「C-Pharmacy」を順次、web版で先行配信します。

詳しくは、田辺三菱製薬 医療関係者情報サイトMedical View Pointをご覧ください。

<http://medical.mt-pharma.co.jp>

田辺三菱製薬 医療

記載内容は変更になる場合がございます。あらかじめご了承ください。